

Protocolo nº 33902. 244365 2014- 43

Data do Registro: 28 / 03 /2014

Hora do Registro: 11:05

Assinatura: Somara

Nota nº 44 /2014



Ass.: Hierarquização de Procedimentos Médicos	Processo nº:33902.215104/2013-35
--	--

I. Introdução

A Agenda Regulatória 2011/2012 da ANS tratava, em um de seus eixos, do modelo de pagamento de prestadores, sendo a hierarquização dos procedimentos médicos e a avaliação comparativa da qualidade¹ uma das propostas de política relacionada ao tema. Essa proposta foi mantida na Agenda Regulatória 2013/2014, compondo o eixo de relacionamento entre operadoras e prestadores.

A boa prática regulatória requer que, antes do desenvolvimento de um projeto e da edição de um regulamento, sejam analisadas as diferentes alternativas existentes para resolução do problema que se pretende solucionar, avaliados os custos e benefícios das alternativas e consultados os agentes interessados. Tendo isso em vista, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, por meio da Assessoria de Estudos e Desenvolvimento Setorial – ADS, realizou estudos para avaliar os possíveis efeitos da adoção de uma lista hierarquizada e para estimar os custos distributivos associados à adoção obrigatória no setor de saúde suplementar de uma lista desse tipo. As principais conclusões desses estudos foram sumariadas na nota nº 02/2013/ADS/DIDES/ANS, de 21 de março de 2013.

Em poucas palavras, concluiu-se que o impacto distributivo da hierarquização de procedimentos seria, provavelmente, considerável, mas poderia ser amenizado, se a lista fosse implantada gradativamente. Apesar de os estudos realizados não terem estimados os benefícios associados ao projeto, a análise de dois procedimentos específicos (parto cesáreo e normal) permitiu concluir que, além dos preços, muitas outras variáveis afetam a oferta de procedimentos, o que poderia limitar os ganhos com a adoção de uma lista. A consulta realizada com agentes interessados mostrou, de um lado, entusiasmo com o projeto por aqueles que o viam como um meio de reequilibrar seus ganhos, e do outro, temor de que as relações entre operadoras e prestadores se tornassem ainda mais conflituosas por ser necessário estabelecer novo parâmetro para as negociações de preços.

¹ Conforme consta da página da ANS (<http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/1645-agenda-regulatoria-temas-envolvidos#eixo3>), acesso em 05/03/2014.

TL



Folha 2, da Nota n.º /2013/ADS/ANS

As conclusões constantes na referida nota foram apresentadas em um Espaço Aberto, evento interno da ANS realizado com o intuito de permitir a discussão entre os servidores da Agência, e submetidas à consulta interna. A principal crítica recebida referiu-se ao fato de terem sido analisadas como alternativas apenas diferentes propostas de lista, sem se considerar outros projetos referentes ao modelo de pagamento de prestadores de serviços de saúde.

Paralelamente, foi contactada a instituição responsável pela formulação de lista hierarquizada divulgada pela Associação Médica Brasileira – AMB para que fossem estimados os custos de formulação de uma nova lista hierarquizada. Com base nas estimativas apresentadas, o então gerente de relações com prestadores incluiu, na proposta orçamentária deste ano, provisão de **R\$ 1,5 milhão** para formulação da lista.

Tendo em vista as conclusões constantes da nota anterior, os apontamentos dos servidores que participaram do Espaço Aberto e da consulta interna sobre o tema, e os custos previstos do projeto, a Gerência-Geral de Integração Setorial – GGISE, da DIDES, vem avaliando alternativas que visam aprimorar o modelo de pagamento de prestadores de serviços médicos de forma a empregar com mais eficiência e eficácia os recursos disponíveis, com o objetivo de agregar valor aos beneficiários, ou seja, a qualidade dos resultados para o paciente em relação ao dinheiro despendido. Nesta nota, volta-se ao problema original, tal qual apresentado na segunda seção da nota nº 02/2013/ADS/DIDES/ANS, e, a partir daí, discutem-se as dificuldades para realização de uma análise de custo-benefício do projeto. Consideradas essas dificuldades e os dados já existentes sobre o impacto distributivo, o tempo de execução do projeto, os custos financeiros, a equipe necessária para sua execução e os apontamentos dos servidores, foi analisada outra alternativa, tendo sido concluído que a sua execução será mais eficiente e eficaz que a continuidade do projeto.

A seção seguinte da nota retoma a análise da falha de mercado que se pretendia solucionar com a adoção de uma lista hierarquizada. A partir dessa análise, são apontados, na terceira seção, como poderiam ser estimados os problemas decorrentes dessa falha e, conseqüentemente, os benefícios advindos de uma norma que solucionasse essa falha. São relatadas as dificuldades encontradas para estimação dos benefícios da política e por que foi considerada inviável a sua realização. Na quarta seção, são descritos os custos associados ao projeto e, na quinta seção, é analisada a alternativa à hierarquização de procedimentos médicos. A última seção apresenta as conclusões.

TL



Folha 3, da Nota n.º /2013/ADS/ANS

II. A falha de mercado

Na nota nº 02/2013/ADS/DIDES/ANS, analisou-se a falha de mercado que se pretendia solucionar com a adoção de uma lista hierarquizada. Já naquele texto, era exposto que o modelo de pagamento por procedimento *"atende às expectativas dos beneficiários de receber atendimento da maneira e no momento em que desejam, resolve os problemas de saúde imediatos², mas não induz médicos e outros profissionais a investir no cuidado integral³ do paciente, além de favorecer o aumento dos custos de tratamentos de saúde e aumentar os custos de transação entre provedores e operadoras"* (folha 3 da referida nota). Por essa razão, relatava-se que *"a ANS estuda modelos de pagamento que sejam coerentes com um modelo de assistência integral ou que, ao menos, gerem maior eficiência e eficácia ao sistema de saúde suplementar. Nesse contexto, a Agência tem atuado como facilitadora em reuniões de grupo de trabalho sobre remuneração de hospitais, além de discutir em diversas esferas e com diferentes grupos modelos de remuneração de prestadores."* (folhas 3 e 4).

Como a transição entre modelos de remuneração, ainda que induzida pela Agência, tende a ser lenta, foram propostos mecanismos para reduzir os problemas decorrentes da prevalência da remuneração por procedimento. Nesse sentido, a Agência atentou-se para o fato de que muitos agentes que prestam ou compram serviços no âmbito da saúde suplementar considerarem os preços relativos de procedimentos médicos pagos por operadoras de planos de saúde nem sempre condizentes com os custos⁴ relativos desses procedimentos. Como exposto naquela nota:

(...) Em um mercado com informação perfeita, no qual os demandantes fossem capazes de avaliar os ganhos de bem-estar decorrentes de cada procedimento alternativo, esse desalinhamento não teria conseqüências relevantes. A demanda para os procedimentos subprecificados seria maior que a oferta, a demanda para os procedimentos sobreprecificados seria menor que a oferta e, percebendo esses desequilíbrios, os ofertantes ajustariam os preços ou quantidades ofertadas até que oferta e demanda se equilibrassem.

Em mercados com falhas de informação, nos quais o consumidor não consegue avaliar plenamente quais os ganhos de bem-estar decorrentes da aquisição do produto ou contratação do serviço, mesmo posteriormente à realização da compra (bens credenciais), e tendem a aceitar as recomendações dos ofertantes, o desequilíbrio entre custos e preços pode levar a uma maior recomendação dos procedimentos mais rentosos e uma menor prescrição dos procedimentos menos rentosos. Diferentemente da situação na qual o consumidor é capaz de perceber os

² CHARLESWORTH, Anita, DAVIES, Alisha e DIXON. Jennifer. Reforming payment for health care in Europe to achieve better value. Agosto, 2012

³ Por cuidado integral entende-se a realização de um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos.

⁴ Nesta nota, considera-se que compõem o custo de um procedimento médico, o tempo despendido pelo profissional para realizá-lo, o risco envolvido, a habilidade técnica necessária e complexidade.

TL
Tatiana

Folha 4, da Nota n.º /2013/ADS/ANS

benefícios dos serviços que adquire, o próprio funcionamento do mercado não seria suficiente para corrigir o desalinhamento entre preços e custos.

A saúde suplementar aproxima-se do caso em que há falhas de informação, tendo os médicos grande autonomia para prescrição, já que são raros os casos em que os pacientes conseguem avaliar qual o melhor tratamento. Embora médicos sejam ofertantes peculiares por, na maior parte dos casos, levarem em consideração as mudanças de bem-estar que procedimentos diversos provocam em seus pacientes⁵, tendem a também considerar as remunerações por diferentes procedimentos ao estabelecer quanto tempo alocam para o atendimento de casos diferentes (por exemplo, quantas horas por semana realizarão consultas x quanto tempo realizarão procedimentos simples).

Folhas 4 e 5 da referida nota

Naquela nota, foram utilizados dados do setor de saúde suplementar brasileiro para verificar se havia desalinhamento entre preços e custos de procedimentos. Os dados coletados permitiram concluir que os custos relativos dos procedimentos não se refletiam nos preços. A revisão da literatura empreendida na ocasião indicava que o preço influenciava na oferta de procedimentos, embora a análise de dois procedimentos específicos (parto normal e cesáreo) tenha mostrado que diversas outras variáveis também influenciavam a oferta.

Constatou-se, portanto, a existência de desalinhamento entre custos relativos e preços relativos. A literatura existente mostra que esse desalinhamento pode impactar na oferta de procedimentos.

III. Das dificuldades para estimação dos benefícios

Tendo-se constatado a existência do problema, um dos passos seguintes seria analisar os custos e benefícios de cada uma das possíveis alternativas consideradas para sua solução. A análise dos benefícios da adoção de uma lista hierarquizada mostrou-se, no entanto, bastante difícil. Para executá-la, o primeiro passo era estimar o desalinhamento entre custos e preços relativos de procedimento. Para fazer isso, foram coletados dados de pagamento das maiores operadoras de planos de saúde de cada modalidade. Os portes de procedimentos médicos constantes da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) foram usados como *proxy* dos custos relativos e comparados aos dados coletados. Os resultados dessa comparação

⁵ IIZUKA, Toshiaki. Experts' agency problems: evidence from the prescription drug market in Japan. Graduate School of Management, Aoyama Gakuin University. Setembro, 2006.



Folha 5, da Nota n.º /2013/ADS/ANS

mostraram haver desalinhamento entre ambas as variáveis, tal qual exposto nas folhas 14 e 15 da nota nº 02/2013/ADS/DIDES/ANS.

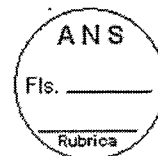
O segundo passo necessário à estimação dos benefícios era avaliar o quanto a mudança nos preços relativos afeta a oferta de procedimentos médicos. Para isso, seria preciso determinar quais procedimentos são substitutos entre si, tanto do ponto de vista da oferta quanto da demanda, e comparar, para os grupos de procedimento substitutos, como mudanças nos preços relativos afetam a oferta. Há extensa literatura que analisa variações na oferta decorrentes de mudanças nos preços relativos de procedimentos substitutos (apresentada, em parte, nas fls. 15 e 16 da nota). Tentou-se estimar as mudanças na oferta decorrentes da variação dos preços relativos do parto cesáreo e do normal no Brasil como experimento inicial. A dificuldade ou mesmo impossibilidade de encontrar dados referentes a todas as variáveis relevantes⁶ impossibilitou a realização da estimativa e mostrou que, mesmo se houvesse recursos humanos disponíveis, não haveria dados para analisar a substitutibilidade entre os demais procedimentos – mais de quatro mil – e a sensibilidade da oferta desses procedimentos a preços.

Com o esforço feito para analisar a sensibilidade da oferta de serviços obstétricos a preços, contudo, foi possível verificar que o conjunto de variáveis relevantes para determinação da oferta e da demanda de procedimentos médicos é bastante abrangente, de modo que a importância de outras variáveis tende a limitar o impacto dos preços no equilíbrio final (ver seção magnitude do problema, a partir da fl. 16 da referida nota). Desse modo, os benefícios da implementação de uma lista hierarquizada poderiam ser bastante restritos.

De fato, desde o início do projeto, não se pretendia que hierarquização de procedimentos médicos solucionasse os principais problemas decorrentes do pagamento por procedimento, quais sejam, indução da realização de procedimentos, beneficiamento de profissionais cujos procedimentos têm maior incidência de complicações, em função de o pagamento estar dissociado de qualquer indicador de desempenho, nivelamento de médicos com qualificações diferentes em um mesmo patamar, quando há uma tabela única de valores para a remuneração de diferentes profissionais, e não consideração do impacto do atendimento na qualidade de vida do paciente. Todavia, a

⁶ Há um trabalho de estimação de demanda para partos no Brasil (em anexo), que, a princípio, faria o que foi aqui proposto (apenas para os procedimentos parto normal e cesáreo). Desconsiderado o fato de que são utilizados dados de uma operadora (não havendo, necessariamente, validade externa), o trabalho usa o valor da conta hospitalar como proxy para a remuneração do trabalho médico. Todavia, normalmente, os dois itens costumam se relacionar inversamente (na realização de um parto cesáreo, o valor pago ao médico é ligeiramente mais baixo que o pago pelo parto normal, mas a conta hospitalar fica mais alta porque mãe e criança passam mais tempo internadas e há maiores despesas). O trabalho é de SANTOS, Tabi Thuler (2011) e chama-se "Evidências de indução de demanda por parto cesáreo no Brasil". Nota-se, assim, a dificuldade de obter-se dados.

TL



Folha 6, da Nota n.º /2013/ADS/ANS

importância de variáveis alternativas na determinação da oferta tendia a limitar ainda mais os ganhos com a execução do projeto.

IV. Dos custos do projeto

Quando inicialmente considerado, acreditava-se que os custos de implementação de uma lista hierarquizada seriam baixos, pois já havia uma lista – a CBHPM – que poderia ser usada como base, e grande parte do setor, pensava-se, já estava familiarizada e usava aquela lista. Os estudos realizados para a compreensão do problema e dos impactos associados à adoção da lista mostraram, todavia, que os custos tenderiam a ser significativos.

A primeira razão para isso era o fato de que, apesar de prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde conhecerem a CBHPM, muitos resistiam em utilizá-la por considerar que seus portes não estavam definidos corretamente. Os diversos questionamentos sobre os critérios adotados para estabelecimento e alteração de portes de procedimentos tornavam necessário que a CBHPM fosse, ao menos, revista, para que a proposta fosse legitimada perante os diversos agentes da saúde suplementar e alcançasse o seu fim. Como não estavam disponíveis recursos técnicos para a realização dessa revisão por servidores da ANS, o então responsável pelo projeto consultou instituição com experiência na feitura de trabalhos semelhantes, que estimou os custos em R\$ 1,5 milhão.

Internamente, avaliou-se o impacto distributivo da adoção de diferentes possibilidades de lista hierarquizada, tal qual exposto na seção V da nota nº 02/2013/ADS/DIDES/ANS. A alternativa que geraria o menor impacto, na qual os preços seriam realinhados de acordo com a CBHPM⁷, mas muito deles decresceriam, geraria impacto distributivo entre -1,19% e 19,59%, conforme a modalidade da operadora. Dada a significância dos impactos estimados, era necessário encontrar meios de minimizá-los. Entre as estratégias consideradas, a que tinha maior potencial para diminuir esse impacto era a adoção gradual de uma lista hierarquizada. Na primeira fase, seriam estabelecidos os portes e a única condição obrigatória seria a determinação de preços conforme o ordenamento dos portes, ou seja, procedimentos enquadrados em portes mais altos deveriam ter preços mais altos. Na segunda fase, a quantidade de portes seria diminuída, mas permaneceria a única condição obrigatória de que procedimentos enquadrados em portes mais altos deveriam ter preços mais altos. Na terceira fase, passava-se à adoção completa de uma lista hierarquizada, o

⁷ Inexistente uma lista hierarquizada tal qual deveria ser, todas as estimativas foram feitas com base na CBHPM.

Folha 7, da Nota n.º /2013/ADS/ANS

que quer dizer que a proporção entre o preço de um procedimento e de outro deveria ter a mesma proporção que a dos portes da lista hierarquizada.

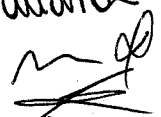
Embora essa estratégia diminua o impacto distributivo, já que os ajustes nos preços poderiam ser feitos gradualmente, aproveitando-se momentos de negociação entre prestadores e operadoras que ocorreriam independentemente da adoção da lista, o objetivo final da norma, qual seja, o alinhamento entre preços relativos e custos relativos, somente seria atingido na terceira fase. Considerando-se que cada fase duraria um ano, o alcance do objetivo final da norma somente ocorreria em, no mínimo, dois anos.

Se o projeto não fosse executado gradualmente, seria necessário pelo menos um ano para a elaboração da lista hierarquizada. Essa estimativa foi feita, em conversas informais, pelos responsáveis pela elaboração de listas hierarquizadas para entidades de profissionais de saúde e baseia-se na experiência prévia e na extensão do projeto. Há que se considerar, ainda, o tempo para preparação da licitação e realização do certame, indispensáveis à contratação desse porte.

Em termos de recursos humanos, antes da implementação do projeto, seria necessário pelo menos um servidor para coordenar os trabalhos para desenvolvimento da lista hierarquizada. Este deveria supervisionar o trabalho da equipe contratada e interagir com os agentes do setor interessados em influenciar a política. Na fase de implementação da norma, o monitoramento exigiria não apenas esforço da Diretoria de Fiscalização da ANS, mas também de servidores da própria GGISE, que desenvolveriam mecanismos para verificar as dificuldades existentes para a adoção da lista e problemas que eventualmente surgissem.

Além do monitoramento, seria realizada avaliação periódica da adoção da lista por cinco anos a fim de estimar os efeitos decorrentes da aplicação da norma⁸. Essa avaliação seria feita com base em dados coletados por meio de requisições de informações e, por pelo menos um mês, a cada ano, ao menos dois servidores capacitados deveriam ser inteiramente alocados para a tarefa. Assim, em linhas gerais, seria necessário pelo menos um servidor dedicado inteiramente ao projeto e, em determinados momentos, quando fossem realizadas as avaliações periódicas, pelo menos mais um servidor. Embora possam parecer poucos os recursos humanos necessários, em face do tamanho da equipe da Gerência de Avaliação da Qualidade Setorial, área atualmente responsável pela condução do projeto, são recursos significativos.

⁸ A avaliação dos efeitos de uma política pública é considerada a última fase do ciclo de implementação e é utilizada para avaliação de impacto e de possíveis efeitos colaterais. Atualmente, preconiza-se que a atuação eficiente e eficaz da Administração requer que, no desenvolvimento de uma política, sejam já previstos os mecanismos para sua avaliação.

TL
Takiana


Folha 8, da Nota n.º /2013/ADS/ANS

Nota-se, assim, que, apesar de a hierarquização obrigatória de procedimentos médicos ser considerada apenas redutor de danos em face da disseminação do pagamento por procedimentos, os custos para sua implementação são altos, em especial quando se considera a escassez de recursos da Administração e, particularmente, da GEAQS. Tão importante quanto os recursos financeiros a serem despendidos é a alocação de recursos humanos, cuja limitação é bastante proeminente.

V. Da alternativa existente

Frente aos custos acima citados e tendo-se em vista que, como considerado desde o início do projeto, esse mecanismo apenas contribui para aumentar a eficácia do modelo de remuneração por procedimento, mas não altera o modelo assistencial sem induzir a melhoria da qualidade, avalia-se que os recursos empregados para criação e institucionalização de uma lista desse tipo serão mais bem aplicados no estudo de formas distintas de remuneração que induzam a melhoria do desempenho do setor.

Importa ressaltar que o pagamento por produção de procedimentos pode descaracterizar a finalidade das atividades de saúde porque a variação dos valores de remuneração tem efeitos imediatos sobre a oferta e a demanda. Não restou comprovado que, com a implementação da remuneração baseada na CBHPM, o paciente receberia apenas aqueles serviços e intervenções necessárias, não ocorrendo tratamento exagerado e intervenções desnecessárias. O valor deve ser mensurado para o paciente e não para o plano de saúde, o hospital, o médico ou o empregador. Ao medir o valor, tanto resultados quanto custos têm que ser mensurados considerando todo o ciclo de atendimento, e não intervenções ou procedimentos isoladamente.

Nesse diapasão, Porter e Teisberg (2007)⁹ afirmam que a única maneira de o valor aumentar rápida e amplamente na assistência à saúde é através da competição baseada em resultados. A menos que os prestadores concorram entre si por excelência, simplesmente não haverá maneira viável de criar os mesmos incentivos para uma melhoria rápida e ampla.

Vale enfatizar que um dos pontos negativos de se reforçar o modelo de pagamento por procedimento, em detrimento de outras alternativas, seria que este tende a elevar os custos do cuidado, fragmentar a atenção ao paciente, levar a realização de intervenções excessivas e

⁹ PORTER, Michael E., TEISBERG, Elizabeth O. **Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

Folha 9, da Nota n.º /2013/ADS/ANS

desnecessárias, além de ser de difícil coordenação dentro de um sistema de saúde. Nesta forma de pagamento existiria um incentivo ao médico para maximizar resultados, isto é, quantidade de produtos, na tentativa de aumentar renda.

Dados mais recentes de estudos sobre as formas institucionais de contratação do trabalho médico têm demonstrado uma grande complexidade das formas de vinculação do médico às organizações de saúde, o que pode sugerir que o mesmo poderia estar acontecendo com os sistemas e formas de remuneração.

A alternativa existente seria, então, aprofundar os estudos e discussões sobre as formas de pagamento médico com os potenciais incentivos intrínsecos a cada uma e as prováveis influências no comportamento e na prática médica.

A Nota n.º 20/2014/GEAQS/GGISE/DIDES, referente à Consulta Pública n.º 54, sugeriu a criação do Comitê de Incentivo às Boas Práticas Entre Operadoras e Prestadores - COBOP, cuja finalidade seria o aprofundamento das discussões acerca das melhores práticas a serem adotadas tanto por operadoras quanto por prestadores, buscando a melhoria da qualidade na prestação da assistência à saúde, no setor suplementar. Neste comitê, é plenamente viável inserir a discussão sobre a necessidade de se buscar uma mudança consistente na forma de remuneração no mercado de saúde suplementar como um todo, tendo como principal interesse a disseminação de indicadores de qualidade que sirvam de parâmetro para o modelo de pagamento por desempenho.

Lembre-se que os mecanismos de autorregulação utilizados pelo setor caminham, s.m.j, no sentido de controle de custos por um lado e aumento do número de atendimento pelo outro, sem maiores preocupações em aferir a melhoria da qualidade no atendimento ofertado pela rede de prestadores em serviços de saúde contratados pelas operadoras de plano. Neste aspecto, a ANS necessita cada vez mais ampliar seus espaços de diálogo, através não só da participação social realizada através de consultas e audiências públicas, como de cooperações e parcerias técnicas, em razão da necessidade de aportes científicos na missão desta gerência de avaliar e induzir uma melhoria na qualidade setorial.

Ao considerar esta premissa como válida, fica clara a necessidade de uma estratégica atuação da ANS na indução de boas práticas para a expansão qualitativa do mercado, tornando-o mais competitivo pela qualidade prestada e não apenas pelo volume de atendimento propriamente dito. Resta evidenciada a necessidade de um aporte de conhecimento técnico mais amplo e aprofundado para a correção das assimetrias existentes, que poderá ser efetivado através de

TL


Tatiana

Folha 10, da Nota n.º /2013/ADS/ANS

ampliação do debate com os agentes do setor e institutos de referência nas matérias em que se quer induzir boas práticas setoriais, servindo como mais uma instância consultiva por parte do reduzido corpo funcional de reguladores da ANS.

VI. Conclusão

Nesta nota, foi apresentada, resumidamente, a falha de mercado que levou à proposta de hierarquização de procedimentos médicos, e relataram-se as dificuldades existentes para estimação dos benefícios das propostas. Apesar de esses benefícios não terem sido estimados, sabia-se, desde o início, que, no melhor cenário possível, limitar-se-iam aos ganhos de se evitar que fossem indicados procedimentos menos adequados que outros em face de um determinado diagnóstico por razões monetárias. Os esforços empreendidos para estimá-los, contudo, indicam que esses benefícios tendem a ser ainda mais restritos, já que o conjunto de variáveis que afetam a oferta de procedimentos médicos é bastante abrangente e tendem a diminuir a importância dos preços.

Paralelamente, estimaram-se os custos para o desenvolvimento do projeto de hierarquização. Tanto os custos financeiros quanto o tempo necessário para execução do projeto mostraram-se maiores do que o esperado no início do projeto. Esse fato decorre da necessidade de se elaborar nova lista hierarquizada, já que a publicada pela Associação Médica Brasileira tem algumas restrições técnicas e não é amplamente aceita pelo mercado.

Na discussão do projeto com os servidores da ANS, foi apontado que, diante das limitações dos benefícios e da necessidade de recursos à execução do projeto, deveriam ser consideradas alternativas que, provavelmente, teriam custos semelhantes, mas maiores benefícios. Poderiam existir, inclusive, alternativas que contribuíssem para a indução da mudança do modelo de pagamentos, gerando, portanto, benefícios consideravelmente maiores. A equipe responsável pelo projeto analisou, assim, a alternativa de se concentrar esforços num projeto que induza à mudança do modelo de remuneração, indicando que o emprego dos recursos humanos e financeiros disponíveis será mais eficiente e eficaz. Nesse sentido, a instituição do COBOP permitirá um ambiente propício ao amadurecimento deste projeto.

Destaca-se, por fim, a importância dos estudos já realizados pela ANS referentes à hierarquização para a melhor compreensão do problema, em especial, para verificação de que uma solução

Folha 11, da Nota n.º /2013/ADS/ANS

supostamente simples e imediata é mais complexa do que se imaginava e pode ter impactos profundos no setor se implantada sem os necessários estudos prévios.

Tendo em vista todo o exposto, opina-se pela não implementação do projeto. Os recursos economizados serão utilizados em outros projetos prioritários da GEAQS, que visam também aprimorar o relacionamento entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. Essa decisão tem como base o princípio da eficiência, que deve reger os atos da Administração Pública, e a boa técnica regulatória, pela qual a edição de novos regulamentos deve ser antecedida de estudos e análises que apontem para sua real necessidade.

Desta forma, o resultado final que se espera desta política regulatória é criar condições para uma maior sustentabilidade do setor e com isso gerar benefícios aos consumidores de planos de saúde, impactando nos preços ofertados pelas Operadoras e na melhora da qualidade assistencial.

Rio de Janeiro, 27 de março de 2014.

À consideração superior.



Melissa Silva Menezes

Especialista em Regulação de Saúde Suplementar

Mat. SIAPE: 1578360



Renata Valadares Maciel

Especialista em Regulação de Saúde Suplementar

Mat. SIAPE: 1583634



Tatiana de Macedo Nogueira Lima

Assessora de Estudos e Desenvolvimento Setorial

Mat. SIAPE: 1508219



Gina Coriolano Regnier

Gerente de Avaliação da Qualidade Setorial

